



Para uso em **CENTROS DE ASSISTÊNCIA INFANTIL**

**1º de julho de 2023 a 30 de junho de 2024**

Caros pais e responsáveis,

O Centro de Assistência Infantil em que está matriculando a criança participa do Programa de Alimentação em Assistência a Crianças e Adultos (CACFP) do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA). Isso significa que o Centro precisa servir refeições e complementos que atendem ou ultrapassam os requisitos nutricionais estabelecidos pelo governo dos EUA.

Como recompensa por servir refeições e complementos que atendem tais requisitos, o USDA paga o Centro de acordo com o nível de renda das famílias atendidas. Quanto maior a quantidade de crianças atendidas pelo Centro e que vêm de lares de baixa renda, maior será o reembolso que o Centro receberá pelas refeições e complementos que serve.

A fim de calcular o nível de reembolso que o Centro receberá pelas refeições e complementos servidos à criança, o USDA pede para você preencher o formulário anexo e incluir as seguintes informações no espaço fornecido.

1. Nome e idade da criança em cujo nome o formulário está sendo preenchido.
2. Se a criança em cujo nome o formulário está sendo preenchido, ou qualquer outra pessoa no seu domicílio, participar do Programa de Assistência Suplementar de Nutrição (SNAP), chamado anteriormente de "vale-refeição", da Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) ou receber benefícios do Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR), você pode indicar o número de caso do SNAP, TANF ou FDPIR na PARTE 1 e pular para a PARTE 3.
3. Na PARTE 2, inclua o nome de cada pessoa que mora no seu "domicílio". Um "domicílio" é um grupo de pessoas que moram juntas e compartilham a renda e as despesas de casa. Essas pessoas podem ou não ser parentes.
4. Os últimos 4 (quatro) dígitos do número da previdência (Social Security) do morador do domicílio ou responsável que assinará este formulário.
5. A renda total proveniente de todas as fontes de renda, antes dos abatimentos, incluindo todos os indivíduos que moram no domicílio.
6. A assinatura, o endereço, o número do telefone da pessoa que está preenchendo o formulário. Também é necessário incluir a data em que o formulário foi assinado.

De acordo com a lei, se alguma das informações obrigatórias não forem incluídas no formulário de solicitação, o Centro precisará incluir a criança na categoria de qualificação correspondente ao nível mais baixo de pagamento pelas refeições e os suprimentos a serem fornecidos à criança.

O gráfico a seguir indica o nível de renda superior para a categoria "Camada 1" válido para o período de **1º de julho de 2023 a 30 de junho de 2024**. Se a renda total para o tamanho do seu domicílio for igual ou inferior à quantia indicada, o Centro atenderá a criança e poderá receber o pagamento associado à Camada 1, ou o nível mais alto de reembolso pelas refeições e complementos serviços à criança.

**Escala de qualificação para refeições "a preço reduzido"**

<b>Tamanho da família</b>	<b>Anual</b>	<b>Mensal</b>	<b>Duas vezes ao mês</b>	<b>A cada duas semanas</b>	<b>Semanal</b>
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
<b>Cada membro adicional da família</b>	9,509	793	397	366	183

Se um morador do seu domicílio perder o emprego, a criança poderá se qualificar para receber refeições "gratuitas" ou "a preço reduzido" durante o período em que o status de desemprego continuar, contanto que a perda da respectiva renda resulte em diminuição da renda domiciliar, de acordo com as diretrizes de qualificação aplicadas ao tamanho do seu domicílio.

De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar solicitantes com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidades especiais.

Se sofrer discriminação e quiser fazer uma queixa, escreva para: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Você também pode ligar para (866) 632-9992 (ligação por voz) ou (800) 877-8339 (serviço TTY) ou (800) 845-6136 (em espanhol). O USDA não faz discriminações quanto à oferta de oportunidades e emprego.

Agradecemos pela cooperação.

Atenciosamente,

Programa de Alimentação em Assistência a Crianças e Adultos

**SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES "GRATUITAS" OU "A PREÇO REDUZIDO"  
PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO EM ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E ADULTOS (CACFP)**

**CRIANÇA EM CUJO NOME A SOLICITAÇÃO É FEITA:** Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Dias da semana em atendimento:	Horário em atendimento (ex.: 7:30 às 17:00)	Refeições recebidas durante o atendimento*					
<input type="checkbox"/> Segunda		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN
<input type="checkbox"/> Terça		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN
<input type="checkbox"/> Quarta		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN
<input type="checkbox"/> Quinta		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN
<input type="checkbox"/> Sexta		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN
<input type="checkbox"/> Sábado		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN
<input type="checkbox"/> Sábado		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> LT	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> LN

\*C = café da manhã LM = lanche da manhã A = almoço LT = lanche da tarde J = jantar LN = lanche da noite

**OBS:** Se estiver solicitando benefícios do CACFP em nome de um filho de criação, marque esta opção e avise a pessoa para quem entregar este formulário.  Filho de criação

**PARTE 1: DOMICÍLIOS QUE RECEBEM BENEFÍCIOS DO SNAP, TANF OU FDPIR:**

Se você, a criança ou qualquer outra pessoa que more no seu domicílio estiver recebendo atualmente benefícios do SNAP, TANF ou FDPIR, indique o respectivo número de caso. **NÃO PREENCHA A PARTE 2; pule para a PARTE 3.** A PARTE 3 precisa incluir o **nome em letra de forma e a assinatura de uma pessoa adulta que preencheu este formulário.** Também é necessário incluir a **data em que a solicitação foi feita.**

- (a)  SIM: Um morador deste domicílio recebe benefícios do SNAP, TANF ou FDPIR.
- (b) Número de caso do SNAP: # \_\_\_\_\_ (não é o número do EBT)
- (c) Número de caso do TANF: # \_\_\_\_\_
- (d) Número de caso do FDPIR: # \_\_\_\_\_

Se for o caso, os dados da criança qualificada a receber refeições gratuitas ou a preços reduzidos serão divulgados ao Medicaid e/ou SCHIP, a menos que você opte por não divulgar tais dados. Essas informações são usadas para identificar e matricular as crianças qualificadas em um programa de plano de saúde. A sua decisão em divulgar esses dados não afetará a qualificação da criança para receber refeições gratuitas ou a preços reduzidos.

Se você decidir não divulgar tais dados para o Medicaid e/ou SCHIP, marque esta opção:

**OBS. n.º 1:**

Se ninguém no seu domicílio receber benefícios do SNAP, TANF ou FDPIR, ou se você não fornecer o respectivo número do caso, será necessário preencher as Partes 2 e 3 para que a criança se qualifique a receber refeições "gratuitas" ou "a preço reduzido". **Você também precisa incluir os últimos 4 (quatro) dígitos do número da previdência (Social Security) na linha ao lado da sua assinatura.**

**PARTE 2: TODOS OS DEMAIS DOMICÍLIOS:**

(a) **Integrantes do domicílio:** Liste o nome de cada pessoa que mora no seu domicílio. **Lembre-se de incluir você também e a criança listada acima.**

(b) **Número da previdência (Social Security):** A Seção 9 da Lei Nacional do Almoço Escolar exige que, se um número de caso do SNAP ou TANF não tenha sido fornecido para a criança, você precisa incluir os últimos 4 (quatro) dígitos do seu número da previdência (Social Security) no formulário. O número da previdência (Social Security) precisa ser o da pessoa adulta, morador do domicílio, que assina este formulário. Se a pessoa adulta, morador do domicílio e que assina este formulário não tiver um número da previdência (Social Security), essa pessoa precisa indicar isso no formulário. O fornecimento do número da previdência (Social Security) não é obrigatório, mas se não forem fornecidos os últimos 4 (quatro) dígitos do número da previdência (Social Security) de uma pessoa adulta que é morador do domicílio ou se não for indicado que a pessoa adulta que assina este formulário não tem tal número, esta solicitação não será aprovada. O morador do domicílio cujo número da previdência (Social Security) for divulgado precisa estar ciente deste aviso. O número da previdência (Social Security) pode ser usado para identificar o morador do domicílio durante a nossa verificação das informações fornecidas no formulário. Essa verificação poderá ser realizada por meio de revisões no programa, auditorias e investigações, o que pode incluir entrar em contato (1) com empregadores para confirmar a renda, (2) o SNAP, a Organização das Tribos Indígenas ou a Secretaria de Assistência Social para confirmar a certificação atual para recebimento de benefícios do SNAP, FDPIR ou TANF, (3) o Escritório Estadual de Segurança Trabalhista para confirmar a quantidade de benefícios recebidos e (4) verificar a documentação apresentada pelos moradores do domicílio ao comprovar a renda domiciliar. Tais verificações podem resultar em perda ou redução de benefícios, reivindicações administrativas ou medidas jurídicas se forem fornecidas informações incorretas.

(c) **Renda:** Liste **toda** a renda proveniente de **todas** as fontes de renda, conforme o que foi recebido no mês passado, indicando-a ao lado do nome da pessoa que recebe tal renda. A renda informada precisa ser **bruta**, ou seja, a quantia recebida **antes de quaisquer abatimentos**, tais como impostos, previdência (Social Security), dívidas, seguro, etc. Liste cada quantia na coluna correta. *Se você participar da Iniciativa Privada de Habitação Militar ou receber pagamento por combate, não inclua esses subsídios na fonte de renda.*

**LISTE TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO:**

Nome dos moradores do domicílio:	Idade	Salário bruto mensal ou renda bruta como autônomo	Quantia mensal recebida como TANF, pensão, subsídios, pensão alimentícia	Quantia mensal recebida como pensão, previdência suplementar (SSI), previdência (Social Security), indenização por acidente de trabalho, seguro-desemprego, seguro e aposentadoria
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**(Obs.: a renda semanal equivale a x 4.333 semanas; a renda quinzenal equivale a x 2.15 semanas)**  
**TOTAL DA RENDA DOMICILIAR MENSAL:**

**PARTE 3:**

De acordo com a Lei Federal e a política do Departamento de Agricultura dos EUA, esta instituição está proibida de discriminar solicitantes com base em raça, cor, origem nacional, sexo, idade ou necessidades especiais.

Se sofrer discriminação e quiser fazer uma queixa, escreva para: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Você também pode ligar para (866) 632-9992 (ligação por voz) ou (800) 877-8339 (serviço TTY) ou (800) 845-6136 (em espanhol). O USDA não faz discriminações quanto à oferta de oportunidades e emprego.

**PENA DE FALSIDADE IDEOLÓGICA:** Declaro que todas as informações fornecidas acima são verdadeiras e estão corretas e que a renda integral foi informada. Compreendo que (1) estas informações estão sendo fornecidas com relação ao recebimento de Verbas Federais, (2) os Representantes do Programa poderão verificar tais dados contidos no formulário de solicitação e (3) atos de falsidade ideológica intencional relacionados a quaisquer informações fornecidas neste formulário poderão me submeter a processos judiciais nos termos dos Estatutos Criminais Estaduais e Federais vigentes.

<b>(NOME DA PESSOA ADULTA EM LETRA DE FORMA)</b>	<b>(ULTIMOS QUATRO DÍGITOS DO SOCIAL SECURITY)</b>	<b>(ASSINATURA DA PESSOA ADULTA)</b>	<b>(DATA)</b>
<input type="checkbox"/> Não tenho número da previdência (Social Security)			
<b>(ENDEREÇO DO DOMICÍLIO DA PESSOA ADULTA)</b>	<b>(TELEFONE DE CASA)</b>	<b>(TELEFONE DE TRABALHO)</b>	
<b>TODOS OS DOMICÍLIOS: Identidade racial/etnia: *</b> 1. Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico ou latino <input type="checkbox"/> Não hispânico ou latino  * Estas informações são solicitadas somente a fim de confirmar que o Estado está cumprindo com as leis federais de direitos civis. A sua resposta não afetará como a sua solicitação será considerada. Se você se recusar a identificar voluntariamente a raça e etnia da criança, será feita uma identificação visual para incluir uma opção no formulário.		2. Raça (marque uma ou mais opções):  <input type="checkbox"/> Indígena americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo do Havaí ou outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco	

**ESTA PARTE SERÁ PREENCHIDA PELA EQUIPE DO CENTRO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL:**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Categoria de qualificação da criança (circule uma opção): **Gratuita**

**A preço reduzido**

**Paga**